

UWAGA!
Pola **popielate** we wniosku
wypełnia Realizator Programu

program finansowany ze środków PFRON
Załącznik do procedury zewnętrznej nr MOPS – 51 w 2015r.

WNIOSEK

o pomoc ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

Moduł II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym.

Wniosek wypełnia Wnioskodawca, w swoim imieniu. We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą.

ZŁOŻYŁEM(AM) TAKŻE WNIOSEK/WNIOSKI W 2015 ROKU NA:

(należy zaznaczyć właściwy Moduł i/lub Obszar przez zakreślenie pola ☐)

☐ **Moduł II**

- pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym

☐ **Moduł I**

- ☐ Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B
- ☐ Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania
- ☐ Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym
- ☐ Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości
- ☐ Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (co najmniej na III poziomie jakości)
- ☐ Obszar D - pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej

DANE PERSONALNE

należy wypełnić wszystkie wymagane pola lub określić właściwą odpowiedź

Imię.....Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany w dniu.....r.

przez.....z terminem ważności do dniar.

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna Stan cywilny: ☐ wolna / y ☐ zamężna / żonaty

PESEL

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: ☐ samodzielne (osoba samotna) ☐ wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kod pocztowy - (pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

Adres e-mail (o ile dotyczy):

ADRES DO KORESPONDENCJI

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - (pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

WAŻNE ! : nr tel. komórkowego: **nr telefonu stacjonarnego (nr kier.)**

Źródło informacji o możliwości uzyskania pomocy w ramach programu:

- ☐ - firma handlowa ☐ - media ☐ - Realizator programu ☐ - PFRON
- ☐ - inne, jakie:.....

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

☐ całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji	☐ znaczny stopień	☐ I grupa inwalidzka
☐ całkowita niezdolność do pracy	☐ umiarkowany stopień	☐ II grupa inwalidzka
☐ częściowa niezdolność do pracy	☐ lekki stopień	☐ III grupa inwalidzka

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: ☐ okresowo do dnia: ☐ bezterminowo**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

☐ NARZĄD RUCHU 05-R , w zakresie:	☐ obu kończyn górnych	☐ jednej kończyny górnej
☐ obu kończyn dolnych	☐ jednej kończyny dolnej	☐ innym

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego: ☐

☐ NARZĄD WZROKU 04-O	Lewe oko:	Prawe oko:
☐ osoba niewidoma	Ostrość wzoru (w korekcji):.....	Ostrość wzoru (w korekcji):.....
☐ osoba głuchoniewidoma	Zwężenie pola widzenia: stopni	Zwężenie pola widzenia: stopni

☐ **INNE PRZYCZYNY** niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (*proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol*):

☐ 01- U upośledzenie umysłowe	☐ 03- L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu ☐ - OSOBA GŁUCHA	☐ 07- S choroby układu oddechowego i krążenia	☐ 09- M choroby układu moczowo - pęciowego	☐ 11- I inne
☐ 02- P choroby psychiczne	☐ 06- E epilepsja	☐ 08- T choroby układu pokarmowego	☐ 10- N choroby neurologiczne	☐ 12- C całościowe zaburzenia rozwojowe

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

☐ niezatrudniona/y: od dnia:.....

☐ bezrobotna/y zarejestrowana/y w urzędzie pracy od dnia:

☐ poszukująca/y pracy zarejestrowana/y w urzędzie pracy od dnia: ☐ nie dotyczy

☐ zatrudniona/y: od dnia:..... do dnia:	Nazwa pracodawcy:
☐ na czas nieokreślony ☐ inny, jaki:	Adres miejsca pracy:
☐ stosunek pracy na podstawie umowy o pracę	Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia:
☐ stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę	
☐ umowa cywilnoprawna ☐ staż zawodowy	

☐ działalność gospodarcza	☐ na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie:
Nr NIP:	☐ inna, jaka i na jakiej podstawie:.....
☐ działalność rolnicza	Miejsce prowadzenia działalności:

ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE

☐ podstawowe	☐ gimnazjalne	☐ zawodowe
☐ średnie ogólne	☐ średnie zawodowe	☐ policealne
☐ wyższe	☐ inne, jakie:	

OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – dotyczy Modułu I

☐ ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA	☐ LICEUM	☐ TECHNIKUM
☐ SZKOŁA POLICEALNA	☐ KOLEGIUM	☐ INNA, jaka:
☐ STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)	☐ STUDIA PODYPLOMOWE	☐ STUDIA DOKTORANCKIE
☐ STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE		☐ nie dotyczy

NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA

Nazwa szkoły

.....

Klasa/Rok nauki Kod pocztowy

Miejscowość Ulica

Nr domu

Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji:

INFORMACJE O KORZYSTANIU ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat przed rokiem, w którym został złożony wniosek, w tym poprzez PCPR lub MOPS?	tak ☐ nie ☐
--	---

Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot pomocy (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Termin rozliczenia	Kwota przyznana (w zł)	Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł)
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
Razem uzyskana pomoc:						

SPECYFIKA PRZEDMIOTU DOFINANSOWANIA/REFUNDACJI

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: ☐ TAK ☐ NIE

**FORMA KSZTAŁCENIA, KTÓRA MA ZOSTAĆ DOFINANSOWANA/ZREFUNDOWANA
NA PODSTAWIE NINIEJSZEGO WNIOSKU:**

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ nauka w kolegium pracowników służb społecznych
☐ nauka w kolegium nauczycielskim	☐ nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych	☐ nauka w szkole policealnej
☐ nauka na uczelni zagranicznej	☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej	☐ przeprowadzenie przewodu doktorskiego (<i>dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich</i>)

Ogólna liczba semestrów w podanej wyżej formie
kształcenia / w szkole.....(ile semestrów)
Semestr, który ma zostać dofinansowany / zrefundowany
na podstawie niniejszego wniosku
Data rozpoczęcia nauki/studiów w podanej wyżej formie
kształcenia / w szkole

(należy podać datę tj. **rok i miesiąc** podjęcia nauki w podanej wyżej formie kształcenia na pierwszym roku / w pierwszej klasie)

Nauka odbywa się w systemie: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym ☐ nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: ☐ tak ☐ nie

Pełna nazwa Szkoły/Uczelni, w której Wnioskodawca pobiera naukę / w której realizowana jest forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana / zrefundowana na podstawie niniejszego wniosku :

.....
.....

Miejscowość:	Ulica:	Nr posesji:	Kod pocztowy:
Powiat:	Województwo:	Nr telefonu:	adres http://www:
Wydział:		Kierunek nauki:	
Rok nauki:		Semestr nauki:	
Kierunek zamawiany w ramach rządowego programu kierunków zamawianych (lista Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego):		Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie:	
☐ TAK ☐ NIE		☐ TAK ☐ NIE	

1. **nie ubiegam się i nie będę** w bieżącym roku ubiegał(a) się odrębnym wnioskiem o środki PFRON **na ten sam cel** finansowy ze środków PFRON – za pośrednictwem innego Realizatora (na terenie innego samorządu powiatowego),
2. **zgłoszę bezzwłocznie** do Realizatora informacje o **wszelkich zmianach**, dotyczących danych zawartych w niniejszym wniosku,
3. informacje podane we wniosku i załącznikach są **zgodne z prawdą** oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
4. **zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.mops.krakow.pl,**
5. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż **złożenie niniejszego wniosku o pomoc nie gwarantuje uzyskania pomocy** w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy w sprawie pomocy jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
6. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne **wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów** lub brakujących załączników do wniosku **należy dostarczyć niezwłocznie**, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
7. w ciągu ostatnich 3 lat **nie byłem(am)** stroną umowy w sprawie pomocy ze środków PFRON i **rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie**,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznawania pomocy, **przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy** lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż **w przypadku przyznawania pomocy jej rozliczenie w zakresie opłaty za naukę (czesne) nastąpi na podstawie podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT** (lub innych dowodów księgowych, a także potwierdzenia poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię/szkołę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe),
10. do dnia złożenia wniosku **nie uzyskałem pomocy** ze środków Funduszu w ramach programów PFRON: „STUDENT – kształcenie „ustawiczne osób niepełnosprawnych”, „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” oraz „Aktywny samorząd – Moduł II” **do większej liczby semestrów/półroczy niż 20 (dwudziestu)** na różnych formach kształcenia na poziomie wyższym,
11. **wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizji lokalnej/kontroli** w zakresie udzielonego dofinansowania oraz rejestrację i utrwalanie przebiegu wizji (m.in. sporządzanie nagrań, fotografii lub filmów),
12. wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości SMS dotyczących realizacji niniejszego wniosku.
13. **nie posiadam wymagalnych zobowiązań** wobec PFRON oraz nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec Realizatora programu,
14. **posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 15% kosztów czesnego (w przypadku osób zatrudnionych).**

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /2015 r.

.....
podpis Wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
pozostają następujące osoby:

Liczba osób w gospodarstwie domowym		Średni miesięczny dochód netto
1.	Wnioskodawca:	
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą:		Średni miesięczny dochód netto poszczególnych członków wspólnego gospodarstwa domowego
2.		
3.		
4.		
5.		
RAZEM:		

Oświadczam, także że:

1) średni miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosi zł.
(słownie złotych:)

2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

*Przez **średni miesięczny dochód netto** należy rozumieć średni miesięczny dochód netto, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych.*

*Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów.*

Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

*Przez pojęcie **wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.*

Uwaga!

Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (strona 8 wniosku).

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ SAMORZĄD POWIATOWY ORAZ ICH UDOSTĘPNIANIE PRZEZ REALIZATORA PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. Gminę Miejską Kraków – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Józefińska 14 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania, usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie - zgodnie z zasadami określonymi przez PFRON - skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Ja niżej podpisany(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

zamieszkały(a).....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na

przetwarzanie moich danych osobowych przez Realizatora programu tj. Gminę Miejską Kraków – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Krakowie ul. Józefińska 14 (administratora danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis **osoby składającej oświadczenie**

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o pomoc ze środków PFRON.

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....nr PESEL

Rozpoczął(ę) naukę / kontynuuje naukę* w:

Pełna nazwa Uczelni/Szkoły

Wydział:Kierunek:.....

Rok nauki:Semestr nauki:

Czy Pan/Pani powtarza/powtarzał(a) rok nauki**: ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to który rok/semestr nauki:

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki**: ☐ TAK ☐ NIE

(przerwa w nauce dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)

Okres zaliczeniowy w szkole**: ☐ semestr ☐ rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie**: ☐ stacjonarnym ☐ niestacjonarnym

Forma kształcenia**:

☐ jednolite studia magisterskie	☐ studia pierwszego stopnia	☐ studia drugiego stopnia
☐ studia podyplomowe	☐ studia doktoranckie	☐ kolegium pracowników służb społecznych
☐ kolegium nauczycielskie	☐ nauczycielskie kolegium języków obcych	☐ szkoła policealna
☐ staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej		

Nauka jest odpłatna**: ☐ TAK ☐ NIE

Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze (w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi***: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane**: ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to ze środków***:

1) w wysokości:..... zł

2) w wysokości:..... zł

Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym półroczu:	
Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok)	
Data rozpoczęcia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	
Data zakończenia obowiązkowych praktyk** (dzień, miesiąc, rok)	

* - niepotrzebne skreślić

** - właściwe zaznaczyć

*** - jeżeli dotyczy wypełnić

.....
*podpis pracownika jednostki
organizacyjnej Szkoły/ Uczelni*

.....
pieczęć zakładu pracy

ZAŚWIADCZENIE
wydane przez Zakład Pracy dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Oświadczam, że Pan/Pani:

Imię..... Nazwisko

zamieszkała w Krakowie ul.nr PESEL

jest zatrudniony/na w

na podstawie (wybrać właściwe):

☐ umowy o pracę

- ☐ na czas określony od dniado dnia.....

- ☐ na czas nieokreślony od dnia

☐ powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę na czas określony

- od dniado dnia

Oświadczam również, iż Zakład Pracy:

☐ udzielił / udziela * Panu/Pani pomocy finansowej na pokrycie kosztów nauki

w wysokości zł na semestr letni 2015,

w wysokościzł na semestr zimowy 2015/2016.

☐ nie udziela Panu/Pani pomocy finansowej na pokrycie kosztów nauki.

* *niepotrzebne skreślić*

.....
data i podpis pracodawcy

Lista wymaganych dokumentów (załączników) do wniosku, złożonych przez BENEFICJENTA.

Strony od 11-14 wypełnia pracownik MOPS tj. REALIZATOR PROGRAMU:

Załączniki wymagane do wniosku:		Dołączono do wniosku:
1.	Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego)	☐
2.	Oświadczenie o wysokości średnich miesięcznych dochodów netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego we wspólnym gospodarstwie domowym strona 7 wniosku	☐
3.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON – wypełnione i podpisane przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu strona 8 wniosku	☐
4.	Wystawione przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły ZAŚWIADCZENIE potwierdzające rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. Osoby, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studenci uczelni zagranicznych – przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole strona 9 wniosku	☐
5.	W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu.	☐
6.	W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawione przez pracodawcę ZAŚWIADCZENIE , zawierające informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy pomoc finansową na pokrycie kosztów nauki (<i>jeżeli tak to w jakiej wysokości</i>) oraz na podstawie jakiej formy zatrudnienia Beneficjent jest zatrudniony i od kiedy strona 10 wniosku	☐
7.	W przypadku refundacji, zapłacona i podpisana przez Wnioskodawcę faktura VAT (lub inne dowody księgowe, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez uczelnię/szkolę, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe), dotycząca opłaty za naukę (czesne) za semestr/półrocze, na które ma być udzielona pomoc.	☐
8.	Kserokopia Karty Rodzinnej tj. dokumentu identyfikującego członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 5 czerwca 2014 roku w sprawie szczegółowych warunków realizacji rządowego programu dla rodzin wielodzietnych (jeśli dotyczy).	☐
9.	Inne załączniki. Wymienić jakie.	☐

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie (nie dotyczy Modułu II)	Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy)	Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty pomocy)

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

Lp.	Warunki weryfikacji formalnej:	Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe):	UWAGI
1	Wnioskodawca/podopieczny Wnioskodawcy spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania pomocy	☐ - tak ☐ - nie	
2	Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku	☐ - tak ☐ - nie	
3	Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot pomocy jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie	☐ - tak ☐ - nie	
4	Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego)	☐ - tak ☐ - nie	
5	Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy)	☐ - tak ☐ - nie	
6	Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki), dane we wniosku są poprawne.	☐ - tak ☐ - nie	
7	Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy, istnieje zgodność reprezentacji wnioskodawcy lub jego podopiecznego	☐ - tak ☐ - nie	
Data weryfikacji formalnej wniosku:		/...../ 20.... r.	
Weryfikacja formalna wniosku:		☐ pozytywna ☐ negatywna	
Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:		☐ - tak ☐ - nie	
Wniosek kompletny w dniu przyjęcia		☐ - tak ☐ - nie	
Pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku		Pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu	
Data i podpis:.....		Data i podpis:.....	

DECYZJA W SPRAWIE POMOCY ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: ☐ w ramach Modułu II

negatywna: ☐ w ramach Modułu II

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA POMOCY W MODULE II OGÓŁEM zł w tym:

Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich:

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia:

..... zł

..... zł

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....
podpisy osób podejmujących decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty pomocy ze środków PFRON

**Pieczętki imienne pracowników Realizatora programu
przygotowujących/podpisujących umowę**

**Pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki
organizacyjnej Realizatora programu**

Data i podpis:.....

Data i podpis:.....